

CUESTIONARIO SOBRE EL SEGURO DE SALUD

Por favor dé toda la información que le solicitamos y devuelva este formulario a su trabajador(a) de elegibilidad. Use e incluya una copia de su póliza de seguro, su tarjeta de miembro, o cualquier otro documento que lo pueda ayudar a completar este cuestionario. **POR FAVOR ESCRIBA A MAQUINA O EN LETRAS DE IMPRENTA. NO USE ABREVIATURAS.** Instrucciones adicionales, recopilación de información y acceso están al reverso. Si Ud. tiene preguntas sobre cómo completar este formulario o necesita su traducción al español, llame al número gratuito 1-800-952-5294 (de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.).

COMPLETE ESTE FORMULARIO POR CUALQUIER SEGURO DE SALUD, INCLUYA SUPLEMENTOS DE MEDICARE, PLANES DE SALUD PREPAGADOS/ORGANIZACIONES DE MANTENIMIENTO PARA LA SALUD, O CHAMPUS. EL TENER UN SEGURO DE SALUD PARTICULAR NO AFECTA SU ELEGIBILIDAD PARA MEDI-CAL; SIN EMBARGO, OMITIR INFORMAR OTRO SEGURO DE SALUD PUEDE CAUSARLE LA TERMINACION DE SU ELEGIBILIDAD PARA MEDI-CAL.

Nombre del caso	FOR COUNTY USE ONLY (SOLO PARA USO DEL CONDADO)		STATE USE ONLY (SOLO PARA USO DEL ESTADO)	
Dirección del caso	Worker number		Verified by	
	Date		Date	Initials
	Worker telephone number ()		Date	Initials
<input type="checkbox"/> Admitido por 1a. vez <input type="checkbox"/> Nueva determinación <input type="checkbox"/> HIPP	<i>Optional</i> Dist. No.		Scope	CC #

SECCION 1: Información Sobre el Beneficiario
INDIQUE TODAS LAS PERSONAS, INCLUYENDO LOS NO NACIDOS, QUE ESTAN EN MEDI-CAL Y CUBIERTAS POR LA POLIZA DE SEGURO DE SALUD

14-DIGITOS DE LOS NUMEROS DE MEDI-CAL

OHC	Nombre del Beneficiario (Primero, 2do., Apellido)	Número del Seguro Social	Sexo	Fecha de Nacimiento	Código del Co.	Código de Ayuda	Número del Caso	FBU	No. de Pers.
		— —							
		— —							
		— —							
		— —							
		— —							
		— —							

SECCION II: Información Sobre el Seguro de Salud

- ¿Cuál es el nombre y dirección de su compañía de seguro de la salud? Incluya calle, número, ciudad, estado y zona postal. No use abreviaturas.
Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Zona Postal: _____
- ¿Tiene Ud. que obtener servicios médicos de una institución específica o de un grupo de proveedores? (PHP/HMO/PPO) Sí No
- ¿Dónde envía sus reclamos?
Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Zona Postal: _____
- ¿Cuál es el nombre completo, dirección, número telefónico y número de SSA de la persona, trabajador, miembro de una unión, o persona en cuyo nombre la póliza de seguro fue emitida?
Nombre: _____ Número del seguro social: _____
Dirección: _____ Número telefónico: () _____
Ciudad, Estado, Zona Postal: _____ ¿Padre/Madre ausente? Sí No
- ¿Cuál es el número de la póliza? _____
- ¿Cuáles son/fueron las fechas de su póliza de seguro? Fecha en que empezó _____ Fecha de expiración (si es aplicable): _____
 La cobertura médica está disponible a través del empleador, pero no ha sido solicitada.
- Cantidad de la prima: \$ _____ Mensual Trimestral Anual
¿Cómo se paga la prima? Por el asegurado a la compañía aseguradora Por el empleador Deducida del salario
- Dé el nombre, dirección y número telefónico del sindicato, empleador, grupo, organización, o escuela.
Nombre: _____ Número del grupo o local: _____
Dirección: _____ Número telefónico: () _____
Ciudad, Estado, Zona Postal: _____
- ¿Tiene alguno de los beneficiarios asegurados una enfermedad grave, crónica, o ya existente que requiere que él/ella vea a un médico? Sí No
Si es sí, por favor especifique la enfermedad: _____
- Provee o paga su seguro de salud por: (Marque *todo* lo que corresponde.)
 Paciente externo en un hospital (es decir, pruebas de lab./terapia física) Visitas al médico Cuidado de la vista
 Cuidado a largo plazo/en una residencia médica Medicinas prescritas Alguna enfermedad específica (es decir, cáncer)
 Estadía en el hospital Atención dental Clase de enfermedad: _____
- ¿Es la póliza un Suplemento de Medicare? Sí No

Comentarios: _____

"Al firmar este documento, autorizo al Departamento de Servicios de Salud de California a obtener, si es necesario, cualquier información relacionada a la cobertura de mi seguro de salud privado, incluyendo los pagos y/o beneficios por cuidado médico hechos a mi favor, información que será usada para determinar si el Departamento pagará la prima de mi seguro privado de salud."

Firma del solicitante	Número telefónico de la casa ()	Número telefónico del trabajo ()	Fecha
-----------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-------

DEVUELVA EL FORMULARIO LLENADO A: THIRD PARTY LIABILITY BRANCH, MS 4719, P.O. BOX 997422, SACRAMENTO, CA 95899-7422

INSTRUCCIONES

Sección I: Información Sobre el Beneficiario

Indique los nombres (primero, segundo, apellido) de todas las personas que están en Medi-Cal y protegidas por la póliza de seguro de salud. También, ponga el número del Seguro Social de cada persona, sexo y fecha de nacimiento. Si alguna de las personas indicadas está embarazada, en la última línea disponible ponga "no nacido" en la sección del nombre y escriba la fecha en que se espera el nacimiento en la sección que dice fecha de nacimiento. Ponga los números de Medi-Cal si los sabe; de lo contrario, su trabajador(a) de elegibilidad completará esa sección.

Sección II: Información Sobre el Seguro de Salud

- Item No. 1: Ponga el nombre completo y la dirección postal de su compañía de seguros. (Incluya el nombre de la calle y/o el apartado, ciudad, estado, y zona postal.) ¡NO USE ABREVIATURAS!
- Item No. 2: Marque el casillero apropiado si Ud. ha obtenido servicios médicos de una institución específica o de un grupo de proveedores (Planes de salud pagados por adelantado [PHP], Organizaciones de Mantenimiento para la Salud [HMO], Organizaciones de Proveedores Preferenciales [PPO]).
- Item No. 3: Ponga el nombre completo y la dirección postal donde se atienden los reclamos de su seguro de salud. Sólo complete este ítem si es diferente de la respuesta al ítem No. 1.
- Item No. 4: Ponga el nombre completo, la dirección postal, número telefónico y número del seguro social de la persona, trabajador, miembro de una unión, empleado jubilado, o persona en cuyo nombre la póliza de seguro está o fue emitida (asegurado). Marque el casillero apropiado por el padre/madre ausente.
- Item No. 5: Ponga el número que la compañía de seguros necesita para identificar la póliza. Este número es conocido a veces como: subscriptor, certificado, cuenta, empleado, grupo y número local.
- Item No. 6: Ponga la fecha (mes, día, año) en que la póliza de seguro empieza y cuando termina. Si lo sabe, ponga las fechas en que la póliza caduca y marque el casillero si la cobertura médica está disponible a través de un empleador pero que no ha sido solicitada.
- Item No. 7: Ponga la cantidad de la prima, marque el casillero si ella se paga por mes, por trimestre, o por año, y cómo es pagada. Marque el(los) casillero(s) apropiado(s).
- Item No. 8: Si la póliza es adquirida a través de un sindicato, grupo del empleador, organización o escuela, ponga el nombre, dirección, número telefónico, número del grupo o local si lo sabe.
- Item No. 9: Marque el casillero "SI" o "NO" si cualquiera de los beneficiarios asegurados tiene una enfermedad grave o crónica ya existente que requiere que él o ella vea a un médico. Especifique la enfermedad.
- Item No. 10: Lea y marque los ítems que corresponden a su cobertura del seguro.
- Item No. 11: Lea y marque sí o no.
- Sección para la Firma: Por favor firme el formulario y dé el número telefónico de su casa y/o trabajo. Si Ud. no tiene teléfono, por favor ponga un número donde dejarle mensajes en el casillero correspondiente al teléfono de la casa. También, ponga la fecha en que llenó este formulario.

IMPORTANTE: Como una condición de elegibilidad, todos los beneficiarios de Medi-Cal asignarán derechos por el seguro médico, asistencia u otros pagos de una tercera persona al programa de Medi-Cal y cooperarán con el Departamento de Servicios de California a fin de obtener asistencia médica o pagos. La designación de los derechos a esos beneficios es efectiva solamente para los servicios pagados por el programa de Medi-Cal. La cesión de los derechos médicos permite al Departamento de Servicios de California recobrar los fondos de las compañías de seguros o fondos cuando el programa de Medi-Cal paga por servicios médicos los cuales deberían haber sido cobrados a la otra cobertura de seguro de la salud. Por favor tome nota que para cumplir con el Acta Federal de Privacidad (Federal Privacy Act) (42 USC Sección 552a), su número del seguro social y cualquier información que Ud. dé puede ser usada para ponernos en contacto con las compañías de seguro, empleadores, proveedores de los servicios de cuidado para la salud y agencias del condado para determinar el alcance disponible del seguro de salud. Bajo el Código de Bienestar e Instituciones, Sección 14100.2, cualquier información dada se considera confidencial y será revelada sólo si es necesaria para los propósitos de administración del programa de Medi-Cal.

RECOPIACION DE INFORMACION Y ACCESO

Las Secciones 50761 y 50763 del Título 22, del Código de Regulaciones de California (CCR), requiere que todos los recipientes informen otra cobertura de salud a la cual tienen derecho.

La información solicitada es necesaria para hacer posible el recobro del seguro de salud o de otros contratos o de otros beneficios legales tal como lo estipula el Código de Bienestar e Instituciones, Secciones 10020 a 10025, 14024, 14103 y 14124.70 para las personas responsables bajo dichas regulaciones.

La información referente a la cobertura de su seguro de salud es guardada por el Jefe de la Sección Cobranzas, según autorización del Código de Bienestar e Instituciones, Sección 14011 y el Título 22, del Código de Regulaciones de California, Sección 50769. Es obligatorio dar toda la información.

La Sección 14023 del Código de Bienestar e Instituciones estipula que cualquier beneficiario que recibe ayuda pública o que tiene otro seguro contractual u otro beneficio legal de cualquier servicio de cuidado para la salud y que voluntariamente se niega a dar esta información, reteniendo importante información relacionada a otro beneficio médico, es culpable por dicha omisión. Medi-Cal es el pagador de último recurso. Adicionalmente, la Sección 50175 del Título 22 (CCR) estipula que se negarán o descontinuarán los beneficios si la persona no coopera en dar la información sobre el seguro de salud.